



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 ГОДА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ
(ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------|----------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|----------------------------|--|--|--|
| ИМЯ РЕБЕНКА | | ДАТА РОЖДЕНИЯ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| АЛЛЕРГИИ | | ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу.</p> <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок может складывать кубики.</p> <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Меня беспокоит то, как ребенок ведет себя ночью.</p> <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок использует предложения из 2-3 слов.</p> <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок может бить по мячу.</p> <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок проявляет интерес к тому, чтобы научиться пользоваться туалетом.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | HEAD CIR. PERCENTILE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history | | Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Screening:</p> <table border="0"> <tr> <td>Hearing</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Vision</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Development</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Social/Emotional</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Gross Motor</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Fine Motor</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>Health Education: (Check all completed)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nutrition</td> <td><input type="checkbox"/> Toilet Training</td> <td><input type="checkbox"/> Safety</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Development</td> <td><input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passive Smoking</td> <td><input type="checkbox"/> Discipline/Limits</td> <td><input type="checkbox"/> TV Habits</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Child Care</td> </tr> </table> <p>Assessment:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | Hearing | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | Vision | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | Development | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | Behavior | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | Social/Emotional | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | Gross Motor | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | Fine Motor | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Toilet Training | <input type="checkbox"/> Safety | <input type="checkbox"/> Development | <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat | <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> Passive Smoking | <input type="checkbox"/> Discipline/Limits | <input type="checkbox"/> TV Habits | <input type="checkbox"/> Child Care | | | | | | | | |
| Hearing | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vision | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Development | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behavior | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Social/Emotional | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gross Motor | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fine Motor | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Toilet Training | <input type="checkbox"/> Safety | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Development | <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat | <input type="checkbox"/> Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Passive Smoking | <input type="checkbox"/> Discipline/Limits | <input type="checkbox"/> TV Habits | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Child Care | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Physical:</p> <table border="0"> <tr> <td>General appearance</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Chest</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Skin</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Lungs</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Head</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eyes</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ears</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Genitalia</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nose</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oropharynx/Teeth</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Extremities</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neck</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Neurological</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nodes</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>Gait</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Describe abnormal findings.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | General appearance | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Chest | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Skin | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Lungs | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Head | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Cardiovascular/Pulses | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Eyes | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Abdomen | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Ears | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Genitalia | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Nose | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Spine | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Oropharynx/Teeth | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Extremities | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Neck | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Neurological | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Nodes | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Gait | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Mental Health | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | |
| General appearance | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Chest | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skin | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Lungs | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Head | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Cardiovascular/Pulses | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eyes | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Abdomen | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ears | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Genitalia | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nose | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Spine | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oropharynx/Teeth | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Extremities | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Neck | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Neurological | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nodes | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Gait | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mental Health | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMMUNIZATIONS GIVEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERRALS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NEXT VISIT: 3 YEARS OF AGE | | HEALTH PROVIDER NAME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEALTH PROVIDER SIGNATURE | | HEALTH PROVIDER ADDRESS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DSHS 13-684A RU (REV. 08/2001)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (2 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visits day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Pneumococcal Screen

Screen children for these risk factors:

- Age 2 and over with chronic illnesses specifically associated with pneumococcal disease or its complications; anatomic or functional aspernia; sickle cell disease; nephritic syndrome or chronic renal failure; cerebrospinal fluid leaks; or conditions associated with immunosuppression.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes No

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kicks ball forward. | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Removes article of clothing (not hat).</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Combines 2 words.</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uses own name to refer to self. | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vocabulary of more than 50 words.</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Strangers understand half child's speech. | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Understands a two-step verbal command ("Pick up the toy; put it away") without gestures.</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Points to 6 named body parts (nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair). | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stacks 4 blocks. | | | |
| <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.</td></tr></table> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking. | | | |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 ГОДА

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 ГОДА

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|--|
| ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ) | ИМЯ РЕБЕНКА | | ДАТА РОЖДЕНИЯ | | | |
| | АЛЛЕРГИИ | | ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА | | | |
| | ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мой ребенок ест разнообразную пищу. | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мой ребенок может складывать кубики. | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Меня беспокоит то, как ребенок ведет себя ночью. | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мой ребенок использует предложения из 2-3 слов. | |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мой ребенок может бить по мячу. | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мой ребенок проявляет интерес к тому, чтобы научиться пользоваться туалетом. | | |
| ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ) | РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ) | ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЫ) | Питание _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза | | | Выделения _____ | | | |
| | | | Сон _____ | | | |
| Обследования: | | | <input type="checkbox"/> Гематокрит/гемоглобин <input type="checkbox"/> Направление к <input type="checkbox"/> Воздействие Слух <input type="checkbox"/> стоматологу <input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак Развитие <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок Поведение <input type="checkbox"/> Санитарное просвещение: (отметьте пройденные темы) Социальное/ эмоциональное развитие <input type="checkbox"/> Питание <input type="checkbox"/> Пользование туалетом <input type="checkbox"/> Безопасность Грубая моторика <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Автомобильные и детские сиденья <input type="checkbox"/> Другое Тонкая моторика <input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Дисциплина/ <input type="checkbox"/> Привычка смотреть <input type="checkbox"/> Уход за детьми: Нарушения: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/> Грудная клетка <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Общий внешний вид <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Легкие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Кожа <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Голова <input type="checkbox"/> система/пульс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Глаза <input type="checkbox"/> Живот <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Уши <input type="checkbox"/> Половые органы <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Нос <input type="checkbox"/> Позвоночник <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ротовая полость/зубы <input type="checkbox"/> Конечности <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Шея <input type="checkbox"/> Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Лимфатические узлы <input type="checkbox"/> Походка <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Психическое здоровье <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Опишите выявленные нарушения: | | | Оценка: _____ _____ | | | |
| | | | СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ _____ | | | |
| | | | НАПРАВЛЕНИЯ _____ | | | |
| СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ | | | ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ | | | |
| ПОДПИСЬ ВРАЧА | | | АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ | | | |

Здоровье вашего малыша в возрасте 2 лет

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 2 до 3 лет.

Прыгает на месте.

Ездит на трехколесном велосипеде.

Говорит предложениями из 3-4 слов.

Сам ест и одевается.

Может нарисовать крест и круг карандашом.

Играет в игры с куклами и плюшевыми игрушками, воображая себя кем-либо.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Информация о безопасном хранении огнестрельного оружия: 1-800-LOK-IT-UP (565-4887).

Уход за детьми: Сеть ресурсов и направлений по уходу за детьми штата Вашингтон (Washington State Child Care Resource and Referral Network):
1-800-446-1114.

Предотвращение отравлений: Центр помощи при отравлениях штата Вашингтон (Washington Poison Center) – 1-800-732-6985 или 1-800-572-0638 (TTY).

Помощь в случае, если вы крайне разочарованы своим ребенком: Семейный телефон доверия – 1-800-932-HOPE (4673), местные телефоны доверия на случай кризисных ситуаций.

Советы по сохранению здоровья

Сделаны ли вашему ребенку все необходимые в его возрасте прививки? Если все необходимые прививки уже сделаны, то до детского сада они ему больше не понадобятся.

Каждый день предлагайте ребенку разнообразную здоровую пищу. Ограничите употребление пищи, богатой калориями, но имеющей низкую питательную ценность. Завтракайте, обедайте или ужинайте всей семьей как можно чаще. Собирайтесь вместе за едой, выключайте телевизор.

Чистите ребенку зубы, по крайней мере, один раз в день небольшим количеством (размером с горошину) зубной пасты, содержащей фтор. Обязательно водите ребенка к стоматологу каждый год.

Советы по воспитанию детей

Разговаривайте с ребенком о том, что он делает. Читайте вместе книжки с картинками и разговаривайте о картинках.

Помогите ребенку полюбить подвижные игры, такие как игра в мяч, пятнашки, прятки. Покупайте ему простые игрушки, например, кубики, цветные карандаши и альбом, плюшевые игрушки.

Вы хотите, чтобы ребенок научился пользоваться туалетом поскорее, однако он может быть не готов к этому до 3 лет. Он даст вам понять, что готов к этому, просыпаясь сухим после сна и говоря вам, что он хочет в туалет.

Ограничите время, проводимое детьми у телевизора, одним часом в день. Смотрите телевизор вместе с детьми и обсуждайте телепередачи.

Советы, касающиеся безопасности

- Храните моющие средства и лекарства в недоступных для детей местах.
- Всегда держите ребенка за руку, идя с ним по улице, где ездят машины, в том числе на автостоянках. Прежде чем давать задний ход, проверьте, не находится ли ребенок за машиной.
- Если у вас дома есть огнестрельное оружие, соблюдайте правила безопасного хранения. Храните его в незаряженном состоянии и запирайте.
- Надевайте на ребенка спасательный жилет, если вы находитесь вблизи водоема или на лодке. Всегда внимательно следите за ребенком при нахождении у воды.
- Храните спички и зажигалки в недоступных для детей местах.